

人口減少対策調査特別委員会会議記録

人口減少対策調査特別委員会委員長 白澤 勉

- 1 日時
令和3年1月14日（木曜日）
午前10時1分開会、午前11時51分散会
- 2 場所
第1委員会室
- 3 出席委員
白澤勉委員長、菅野ひろのり副委員長、五日市王委員、名須川晋委員、岩崎友一委員、佐々木茂光委員、米内紘正委員、中平均委員、吉田敬子委員、ハクセル美穂子委員、小西和子委員、上原康樹委員
- 4 欠席委員
なし
- 5 事務局職員
八重樫担当書記、藤澤担当書記
- 6 一般傍聴者
なし
- 7 会議に付した事件
(1) 調査
「生殖医療の現在と岩手県の現状について」
(2) その他
次回の委員会運営について
- 8 議事の内容

○**白澤勉委員長** ただいまから人口減少対策調査特別委員会を開会いたします。

これより本日の会議を開きます。本日はお手元に配付いたしております日程のとおり、生殖医療の現在と岩手県の現状について調査を行いたいと思います。

本日は、講師として岩手医科大学産婦人科学講座助教、尾上洋樹様をお招きいたしておりますので、御紹介いたします。

○**尾上洋樹参考人** 岩手医科大学産婦人科学講座助教、尾上洋樹と申します。私の略歴は皆様にお配りしてあるとおり、医師としての勤務は17年目になります。きょうは生殖医療の現在と岩手県の現状についてお話いたします。どうぞよろしくお願ひします。

○**白澤勉委員** ありがとうございます。尾上様の御略歴につきましては、お手元に配付している資料のとおりでございます。

本日は、生殖医療の現在と岩手県の現状についてと題しまして、お話しいただくことと

しております。

尾上様におかれましては、本当に御多忙のところ、そして足元の悪い中、このたびの御講演をお引き受けいただき、改めて感謝を申し上げます。

これから講師のお話をいただくことといたしておりますが、後ほど尾上様を交えての質疑、意見交換の時間を設けておりますので、御了承願いたいと思います。

それでは、尾上様どうぞよろしくお願ひいたします。

○尾上洋樹参考人 よろしくお願ひします。

では、早速始めてまいります。学会などでの講演は経験がありますが、こういった場での講演は初めてで、非常に緊張しております。

我々産婦人科医あるいは助産師は妊娠9週から10週の方に妊娠届をお渡しし、その後、妊婦健診が始まります。その届け出数が、昨年春から夏までのデータによると大幅に減少しており、このままの状況が続くと今年の出生数は80万人を割るのではないかという記事がここ数か月の間に、新聞等各社から多数出ていました。これは新型コロナウイルス感染症の影響によるものであると思います。4月以降は増減しておりますが、4月までは47都道府県において減少していたと思います。やはり産婦人科医という職業柄、こういうニュースがいつも気になります。

それでは、産婦人科医の仕事について話したいと思います。我々産婦人科医の仕事は、大きく四つに分けることができます。一つ目は、周産期医療です。いわゆるお産に携わるもので、これが産婦人科医の要の仕事であると思います。

二つ目は、がん治療です。子宮頸がんや子宮体がん、卵巣がんなどの治療に携わります。

三つ目は、最近できた女性ヘルスケアです。更年期の方や思春期の方の女性特有の問題、あるいは女性アスリートの方などの月経コントロールなどを行います。四つ目がきょうお話しする生殖医療です。私が専門としている、不妊治療がこれにあたります。この四つが主な産婦人科医の仕事です。

生殖医療という言葉の話を先にさせていただきます。生殖医療とは、不妊治療だけでなく、妊娠に関連した全ての医療のことを指しています。例えば婦人科の代表的な疾患である子宮筋腫に対する治療も、妊娠を希望される方とされない方ではアプローチの仕方が異なり、妊娠を希望される方に対する手術療法なども含めて生殖医療と呼んでおります。

それに対して、生殖補助医療という言葉もよく使われますが、これは主に体外受精胚移植などの高度な不妊治療のことをさしています。

最初に、不妊症の背景にあるものをサブテーマとして、結婚や女性の社会進出、現代社会の特性など、妊娠の話をするときにしなければならない話を先にさせていただきます。

まず、不妊症とは、生殖年齢の男女が妊娠を希望して、ある一定期間避妊することなく通常の性交を継続的に行っているにもかかわらず妊娠の成立を見ない場合と定義されております。通常の性交というと非常に曖昧な表現ですが、妊娠の生理学的な面からいうと1週間に二、三回程度健康な男女が夫婦生活である性交渉を持つことが継続的であると考

られています。精子の寿命は平均二、三日、長くて1週間と言われており、新鮮な精子が継続して卵管で待機させるためには、やはり二、三日に1回ぐらいの頻度が必要であると思います。

ある一定期間とは、1年と定義されております。これは、平成28年までは2年とされておりましたが、社会的な理由や医学的な理由などにより、今は1年と定義されています。もともと生理不順である、既に検査で卵管が詰まっている、あるいは無精子症であることが判明している場合などは、期間に関わらず不妊症という診断になります。

ある一定の期間が1年となったのは、さまざまな根拠がありますが、その中に、ドイツの女性29歳、男性31歳という平均年齢の集団約340人を対象として、基礎体温と子宮頸管粘液という、排卵時期の透明で伸びる性状のいわゆるおりものを女性自身で判断していただき、月に1回だけ性交渉をしていた場合の妊娠率について研究したデータがあります。

3年程この研究をしたそうですが、そのうちの310人、このデータから、約一年間でおよそ9割のカップルが妊娠し、その後継続しても残りの一割のカップルは妊娠しなかったというデータも根拠の一つになり、ある一定期間は1年と定義されました。このデータから、約1年間生殖年齢の健康なカップルが過ごせば妊娠するが、10組に1組程度は何らかの要因があって妊娠しないのかもしれない、と推測できます。

岩手県のホームページから婚姻数を見ると、2018年の婚姻数は4,439組でした。先ほどのデータを岩手県に置きかえるとこのうち約400から500組のカップルが妊娠しない可能性があるかと推測できます。

不妊症の話をするときは、どうしても年齢の話が出てきます。最近20年の平均初婚年齢の推移をみると、女性の初婚年齢は、1998年に26.7歳だったのが2014年に29.4歳になり、20年前から比べると3歳弱上昇しています。日本は晩婚化が進んでおり、30代で妊娠を考えるのが一般的な時代になってきたと思います。

初婚年齢と出産時母年齢の推移については、今から45年前の1975年は初婚の年齢が24歳、第一子出産は25歳です。さきほど徐々に初婚年齢が上がっていると言いましたが、初婚年齢が24歳から25歳になるのに約15年要しています。25歳から26歳になるまでには10年、27歳に上がるまでには6年要しています。初婚年齢と第一子出産年齢は関連性があり、ここ20年はかなり加速しながら初婚年齢と第一子出産年齢が上昇しています。

晩婚化、晩産化の背景に女性の社会進出が関係してきて、少し古いデータになってしまっていますが、15歳から64歳までの女性の有職率のうち、いわゆる妊娠に一番適した年齢であると言われている25歳から34歳までの方の有職率は、1970年代は40%台でしたが、2009年には70%台まで上昇しています。これは10年前なので、今はもう少し高いと思います。こういった有職率の伸びも結婚及び妊娠しづらい状況の一つになっている可能性があります。

少し話が変わります。世界各国の性交渉の頻度を、避妊具を製造している会社が数年置きに調べたところ、日本は年間でいうと大体40回から50回と極端に低い数値です。ギリシャは約140回なので、日本の約3倍です。これは3日に1回の頻度となり、医学的な観

点からいうと、排卵の時期を意識しなくても妊娠率は高くなるのではないかと思います。この頻度の少なさは日本特有だと思います。なお、岩手県の状況は、データがないためわかりません。

さらに、少し話がずれてしまいますが、妊娠を希望しているカップルに対し、妊娠のしやすさに関する項目、例えば喫煙や肥満が妊娠のしやすさに関係しているか、年齢とともに妊娠率が下がるかなど、イエス、ノーで答えることが可能な質問をし、その正解率を国別に示した論文が2013年に発表されました。国ごとに人間開発の4段階に順位づけをするというヒューマン・ディベロップメント・インデックスというデータがあります。例えば平均余命や教育、識字率や所得などの水準について複合的に統計学的に分類するデータです。日本は教育や余命、識字率の水準は高い群に入りますが、妊娠しやすさに関連する質問の正答率に関してだけは突出して低いです。

私も小学生または中学生のときに避妊の教育を受けた記憶はあっても、妊娠に関する教育を受けた記憶は全くありません。ですから、こういったデータを見ると、若いときから妊娠に関する教育の必要性があると思います。

男性の話が少なかったので、男性の話を二つ入れたいと思います。一つ目は、精子の数が徐々に減ってきているという話です。女性の卵子は生まれたときが最も多く、徐々に減っていくのに対し、男性の精子は正常な方であれば毎日約1億個つくられています。それを過去のデータと比較してみると、徐々に精子の数の平均値は減少しています。その原因は様々な要因があり、この場で正確にお答えすることはできませんが、減っているのが現状です。

二つ目は、生殖医療に関した有名な医学誌に掲載された論文についてです。Wi-Fi環境に置いているパソコンのそばに置いた精子と離れたところに置いた精子の運動率を比較したところ、パソコンのそばの精子の運動率の方が悪いと掲載されました。余談ですが、現代社会のさまざまな環境も、精子にとって悪影響があるかもしれません。

私も不妊症に関しての社会的な要因は、晩婚化や晩産化、女性の就業率の変化が大きな要因になっていると思います。加えて、男性が男女間の関係を深めることに消極的になったことや、諸外国より妊娠に関する教育が不足していることも要因であると思います。

あとは実際の不妊治療についてお話をしたいと思います。最近、不妊症は女性だけの問題であると認識している方は大分減った印象ですが、日々臨床していると、女性だけが原因だと思っているカップルも一部います。男性側の要因については、男性にのみ要因がある場合と、男性と女性と両方に要因がある場合を含めたら約半数となります。そのため外来では、不妊症に関しては男性、女性半々に要因があるということはよく説明しております。

不妊症を原因別で分けると、精子の数が少なさや運動率の低さ、または機能的な問題を抱えている男性が約3分の1となります。あとは、排卵障害や卵管閉塞などの理由の方が多いです。

不妊症の原因は、三つに分類されます。一つは男性因子で、精子の数が少ない、運動している精子が少ないなどです。これは先ほどお話ししたような現代社会の何らかの要因が含まれているかもしれません。ここには挙がっていませんが、機能障害、いわゆる性交がうまくできないという方は本当にふえてきています。約10年前に機能障害の方は約3%だったのが、現在は約10%にふえたという論文が最近発表されました。実際診察をしていても、機能障害の方は明らかにふえてきていると思います。

もう一つは卵管因子で、過去の炎症、性感染症などで卵管が詰まって自然妊娠ができなくなることです。あと一つは、卵巣因子で、卵子はあるが、ホルモンがうまく働かず排卵できないことで、排卵障害とも言います。これら三つが要因です。

先ほどから年齢の話をしておりますが、よく外来で、なぜ年齢が上がると妊娠率が下がるのか聞かれます。先ほど精子は毎日約1億個つくられるとお話ししましたが、それに対し卵子は生まれる前からできており、新しくつくられることがなく、一緒に年をとります。徐々に排卵により数が減り、卵子自体の数も減るため、年齢が上がると妊娠率が下がると答えています。

繰り返しになりますが、精子は毎日つくられますが、卵子が一番多いのは胎児期で、約600万個ありますが、生まれるまでに減り、思春期を迎えて生理が来るようになってさらに減り、最終的になくなると閉経します。よって、卵子の年齢は御本人の年齢と同じという表現が正しいと思います。

2018年の体外受精胚移植での妊娠率、生産率、流産率をみると、胚移植、体外受精により妊娠する確率は20代から30代前半までは50%弱ですが、35歳から急激に右肩下がりになり、今治療しているうち多いのは39歳、40歳の方で、30%前後になります。妊娠率は徐々に下がり、43歳を超えると10%台になります。

そして、妊娠した方が例えば20代後半の方の場合は、大体20%程度の方が流産します。実際に赤ちゃんが生まれる確率を生産率と呼びますが、若い方でもそれほど高いわけではありません。妊娠しても、ある一定の確率で流産してしまうので、実際生産率は20から30%の間です。そして40代を超えると妊娠率も下がり、妊娠したときの流産率が非常に高く、実際受精卵を移植して妊娠する確率が40歳で約30%ですが、そのうちの約40%は流産してしまうので、実際赤ちゃんを授かる確率は10%弱です。いろいろな医療の中で、非常に確率の低い医療をしていると日々思っています。

実際の不妊治療は大きく分けて三つあります。いわゆるタイミング法といい、夫婦生活を排卵の時期に持っていただくという方法が第一で、その次は人工授精といって子宮の中に精子を入れる治療が第二ステップで、第三のステップが体外受精です。

順を追って治療する方もいらっしゃいますが、いきなり体外受精から始める方もいますし、タイミング法の次に体外受精をする方もいますし、人工授精から始めて体外受精する方もいます。あるいは、体外受精で妊娠が成立せず、体の負担や費用の負担などの事情によりタイミング法や人工授精の治療に変更して継続する方もいらっしゃいます。それぞれ

の段階で薬物療法や手術療法などを併用しながら行うというのが不妊治療のステップです。

タイミング法とは、診察で排卵日を予測し、あとは御夫婦で夫婦生活をとっていただくだけです。排卵がうまくいかない女性であれば、排卵誘発剤を用います。通院回数は大体生理が定期的に来ている方であれば月1回程度で、エコーして卵胞のチェックをすると排卵日が予測でき、タイミングの指導ができるため、月1回程度の通院頻度になります。基本全て保険診療で行うことができます。

人工授精は、人工という名前がついておりますが、それほど人工的なことはしていません。タイミング法と一緒に、診察で排卵日を予測し、排卵日周辺に子宮内に精子を注入するという方法です。通院の頻度は卵胞のチェックをする日と人工授精の当日とで、1カ月に2回程度です。タイミング法と一緒に、排卵日の予測のための通院は保険診療で行います。実際の人工授精に関しては自費診療になり、当院では1万円で行っております。

人工授精は、いわゆる夫婦生活が持てない性交障害の方や、精子の数が少ない方が適応になる治療です。カップに出していただいた精子を1時間程かけて運動しているものだけ集める処理をし、そのうち約1ccを注射器に入れ、子宮内に管を通して注入します。タイミング法の場合は膈内に精子が射精されますが、人工授精の場合はそれより多くの精子が子宮の中からスタートすることで、より多くの精子が卵管まで到達できます。通常は左右どちらかから卵子が排卵されて、卵管で精子と卵子が結合して受精卵となり、ここから先は自然妊娠と同様に、その受精卵が子宮の中まで転がってきて子宮の中に着床することで妊娠が成立します。人工授精は精子を子宮の中に入れる治療です。

当院の人工授精の妊娠率はおおむね5%から10%程度と外来でも説明しています。治療している方は35歳から37歳の方が一番多いですが、若い方は妊娠率が高く、一周期当たり約11%となります。しかし妊娠率は、徐々に下がり、40代を超えると約1%の方しか妊娠していません。妊娠率は、平均して5%から10%程度となり、体外受精と比べると妊娠率は低い治療になります。

治療の最終段階が体外受精になると思いますが、体外受精はその名のとおり体外で受精させなければいけないので、卵子を外に取り出さないとはいけません。実際は経膈超音波検査といい、女性が婦人科受診において子宮や卵巣の観察に使う器械を使います。その器械に約30センチメートルの長い針状の金属のアタッチメントを装着し、エコー画面で確認しながら卵胞に針を刺して直径0.1ミリメートルの卵子が含まれた卵胞の中の液体を吸います。育った卵胞に針を刺し、痛みがそれなりにある手技であるため、当院では麻酔をかけて行っております。大体5分から20分程度の処置です。受精の方法は2通りあり、取り出した卵子に精子を振りかける従来型の方法と、卵子1個に対して精子1個を直接入れる顕微授精という方法があります。

振りかけ受精とは、丸い卵子の周りがあるふわふわとした卵丘細胞という固まりとともに取り出した卵子の上から精子をふりかける受精方法です。

それに対して、顕微授精専用の顕微鏡を使って、卵子1個に精子1個が入った細い針を

直接刺して精子を置いてくるのが顕微授精です。顕微授精だと妊娠しやすいと思っている方が結構多いのですが、どちらかというと振りかけ受精の妊娠率のほうが高いです。顕微授精は、精子の数が少ない場合や、従来の振りかけ法だと妊娠しなかった場合に行うという認識でいいです。

それで、体外受精の採卵の話をお話を先にしましたが、実際採卵するまでに女性が通院しなければならない頻度についてお話をさせていただきます。体外受精の際の排卵誘発法についてはさまざまありますが、どのような排卵誘発法であっても月に6回または7回は通院が必要な治療です。特に生理が来てから排卵するまでの約2週間は4回程度、1週間に2回程度のペースで通院し、いろいろな内服、点鼻薬や自己注射などが必要となります。午後11時に注射を指示することもあります。

実際採取した受精卵を培養器で培養します。現在日本で一番多く行われているのは、5日目から6日目ぐらいまで胚盤胞を体外で育てて、その後移植する方法です。

培養器とは、温度や酸素濃度、二酸化炭素濃度を女性の卵管や子宮と同じような環境にして受精卵を培養し、通常1日1回その受精卵が順調に育っているか、当院にも所属している胚培養士が観察しています。

少し専門的な話になりますが、器械の中から取り出して顕微鏡で観察する都度、外の空気に触れてしまい、受精卵にとってはよくない環境であることから、最近は培養器から出さず、外側から写真を撮って観察するという、当院でも1台所有しているタイムラプスという器械で培養することが多いです。この器械を使用すると、受精卵にとって外の環境に出ないでずっとお腹の中にあるような環境でいられること、10分ごとに写真を撮って観察するので、受精卵の観察がより詳細にできることから、よりよい受精卵の選択が可能になるという二つのメリットがあります。

受精卵は1日経過すると二つの細胞に分かれ、2日目には四つの細胞に分かれます。3日目には八つの細胞に分かれ、4日目にはたくさんの集まりになり、5日目には胚盤胞という形に変わっていきます。受精卵は収縮したり拡張したりしています。内細胞塊といって赤ちゃんになる細胞の集団と、外側の将来胎盤になる細胞の集団の二つに最終的に分かれます。これを胚盤胞と呼びますが、この胚盤胞を子宮の中に戻す胚移植という治療が一般的な治療です。

肺移植は、超音波で子宮を見ながら細い管を子宮の中に入れ、胚盤胞を移植するという治療です。そのときの妊娠率は20代では約40%で、年齢が上がるほど妊娠率は徐々に低下しています。

簡単に、人工授精と体外受精の歴史についてお話しします。人工授精は1700年代から行われていたようです。日本では1948年に慶應大学で初めて行われました。体外受精に関しては、1978年にイギリスの方が初めて妊娠、出産しました。そのときに産まれたのがルーイズさんという方で、現在42歳です。この功績によりエドワード博士はノーベル生理学・医学賞を受賞しました。日本では1983年に東北大学で初めて妊娠、出産を手がけたので、

日本の体外受精も 40 年弱の歴史しかなく、体外受精で生まれた赤ちゃんの寿命については誰もわからないのが現状です。ただ、ルイーズさんは、自然妊娠により出産されており、体外受精で生まれた方が妊娠する能力を持ち、出産したという実績があります。

体外受精における治療周期数とは、採卵を行った方と、以前採卵し凍結させておいた卵だけを移植する方の総合した周期となり、国内で 2018 年は約 45 万周期行われています。

治療している方の中で 40 歳の方が今は多いようです。実際体外受精で妊娠した方約 5 万 5,000 人のうち、39 歳以下が 58%、40 歳以上が 42%という内訳です。

体外受精をしている方の数は、年々ふえていきましたが、ここ数年は横ばいで推移しております。今後、多分上昇しないで、横ばいで推移するのではないかと思います。恐らく団塊ジュニア世代と呼ばれる方が妊娠を考える世代が終わり、妊娠を考えるカップル自体が少なくなることから、絶対数が徐々に減り、ここ数年は横ばいで推移するのではないかと予測している先生が多いです。

先ほど 2018 年は年間 5 万 5,000 人の赤ちゃんが誕生したとお話しましたが、そのうち 80%は凍結融解胚移植という、採取した受精卵を凍結したものを移植している方です。特に日本に多いです。

また、多胎率については、1980 年代及び 1990 年代は体外受精における多胎率は高かったのですが、これは単に受精卵を 2 個あるいは 3 個を移植していたため多胎率が高かっただけで、不妊治療をしている医師からすると妊娠率が高いと満足度は高いですが、実際妊娠する女性からすると、多胎は周産期のリスクが高いため、学会において、基本的に移植は 1 個の受精卵を移植する単一胚移植にするよう勧告されたため、現在の多胎率は 5%未満です。

次に、当院における体外受精の費用の話です。採卵代として入院費や麻酔代など含めて、13 万 5,000 円かかります。さらに、受精卵を培養器で育てるため、培養器代や培養液などの費用として 10 万円かかります。そして、受精卵を子宮に戻す胚移植で 5 万円かかります。これらを合算した金額が体外受精にかかる金額になります。プラス排卵誘発剤が必要な場合もあり、個々の患者さんでかかる金額は異なります。極端な話ですが、自然周期により 1 個だけ採卵するという場合、排卵誘発剤は使わないのでゼロ円です。ただ、多くの方は 1 回の採卵でなるべく多くの卵子の採取を希望されます。妊娠率を高めることと、採卵は強い負担になることから、なるべく 1 回の採卵で妊娠ができるようにするため、排卵誘発剤を使用することが多く、強い刺激を与えるとなると数万円から 10 万円ぐらいかかります。また、その都度の診察や検査代も自費診療になるので、当院で治療している方は 1 周期治療すると 40 万円から 50 万円お支払いいただいています。

当院における採卵周期はことし 235 周期でした。例年 200 周期強は採卵しております。移植周期は、300 周期程度です。

妊娠率に関しては、徐々に高まっています。これは当院だけではなく、日本全体のさまざまなレベルが上がり、20 代から 40 代半ばの方を総合して約 30%です。ただ、40 代以降

の方を多く治療しておりますので、流産率は38%もあるのが現状です。

また、岩手県の実施設のお話です。人工授精は、比較的簡便な、遠心分離機と精子を培養する培養液があればできますが、2017年時点で人工授精をしている施設は県内に18施設ありました。地域に1施設はあろうかと思います。

ただ、体外受精を実施している施設は少なく、2017年時点で当院のほかに1施設しかありません。

次に、不妊相談事業を少しお話しします。これは、当院の内丸メディカルセンターにおいて不妊治療全般を行っており、同センター内に県の委託事業として専門相談センターを置いています。電話相談を週2回、面接相談を週1回で行って来て、電話やウェブサイトから予約を受け付けております。2018年9月に矢巾町に岩手医科大学を移転後、産婦人科に関しては、矢巾町の産婦人科医療は周産期医療とがん治療を行い、生殖医療は内丸メディカルセンターと、機能分担しております。

専門相談センターのカウンセラーに相談件数を聞きましたが、減少傾向にあるようです。治療している方は多いものの、相談を利用している方は減少していることに対してはいろいろな要因が考えられます。

患者はインターネットなどで情報を得ることにより知識がふえ、問い合わせなくてもよくなったこと、専門相談センターの認識が足りないことなどが考えられると思います。

また、盛岡駅前にあるクリニックにおいて、いわゆる妊活セミナーを定期的で開催しており、当院に通院している方が参加することも可能なので、電話相談などをしなくてもよいことも要因の一つになっているのではないかと思います。さらに、特に面接相談に関しては、新型コロナウイルス感染症の感染状況もかかわってきていると思います。

主な相談内容も少しだけピックアップしてきましたが、治療前の悩みを相談する方が多いです。自分が妊娠しにくいかどうかよくわからないとか、20代、30代のカップルで、転勤で岩手県に住むことになり、インターネット上で情報収集はしているが、現状がよくわからないなど、受診してよいかという相談が多いです。そういった場合は受療行動の促しをします。

また、我々医師に言えなかった、あるいは言いにくい治療中の悩みを相談してくる方もいます。

あるいは、なかなか妊娠しない、特に年齢が40代以上の方だと複数回採卵しても妊娠できない方もいらっしゃるので、そういう方の治療に関する悩みや養子縁組、里親制度などについての相談もあります。

これは私の意見ですが、相談事業自体も変えていかなければいけないと思っています。今はインターネットで情報を事前に調べられるので、従来の面接と電話相談だけではなく、インターネットによる情報発信を積極的に行ったり、メールで相談に乗ることができる状況にしたり、面接相談をZOOMで行ったりできるようになればいいと思っています。

最後のまとめとして、我々産婦人科医は、不妊治療を希望する方に対しては速やかな検

査や治療を心がけております。また、妊娠に関する正しい知識を若い方にも伝えていくことも必要であると最近思っております。以上です。

○白澤勉委員 大変貴重なお話をいただきまして、ありがとうございました。

これより質疑、意見交換を行いたいと思います。ただいまお話しいただきましたことに関しまして、質疑、御意見等がありましたらお願いいたします。

○名須川晋委員 先生、ありがとうございました。まさに切実な問題だと思います。

私からは、菅内閣が発足し、不妊治療に公的保険が適用されることについてお伺いします。昨年末B S放送の番組を見たところ、日本産科婦人科学会の前会長である吉村泰典先生が、公的保険が適用されると、先進治療を行っている先生方が公的保険適用の範囲内で治療を行うため収入が減ってしまい、医院の経営が難しくなると指摘されていまして。先生方には技術や薬剤、あるいはスタッフなど、それぞれの治療の仕方があると思われませんが、そこに公的保険を適用させるのは難しいのではないかと、また、訪問診療も進めていくほうがいいのではないかとという内容だったと思います。県内にも開業医があり、保険適用された場合に県内でもさまざまな課題があると思いますが、先生の所感をお教えてください。

○尾上洋樹参考人 ありがとうございます。

私は大学病院勤務なので、患者数が増加しても収入に変わりはありませんし、当院の費用についても比較的安価な設定であると思いますが、開業しているクリニックは患者数により収益が変わってくることから、公的保険適用に反対意見の先生が多いのが現状だと思います。

それは収入面もそうですし、また当院も含め、最先端の検査などは自費診療としており、自費診療全てに制限がかけられることで、最新の治療ができなくなることを各病院やクリニックの先生は懸念していると思います。これは私個人の考えですが、助成金が上がることは今回速やかに進みましたが、全部を保険診療にすることについては疑問に思っています。

○名須川晋委員 ありがとうございます。岩手医科大学では1回の治療につき40万円から50万円かかるというお話でしたが、最新の器機を導入したりすれば、治療費が今より高くなる可能性があり、どちらかという助成金額が上がるほうが患者にとっても有益になるということでしょうか。

○尾上洋樹参考人 私個人も有益になると思っておりますし、また多くのクリニックの先生方も有益になると考えていると思います。実際私が東京都のクリニックに勤務していた際、一周期で約100万円かかっていました。そのクリニックには収入が多いと思われる患者が多かったことから、お支払いいただいておりますが、現在当院に通院している方で、金額がネックになって治療を継続できない方は、少なからずいます。よって、例えば1回採卵、凍結して、治療費が用意できてから移植したいので、その間治療を休む方も一定数はいらっしゃると思います。一度の治療につき40万円から50万円は全国的に見ても安価なほうであると思いますが、それでも大変そうです。

○岩崎友一委員 貴重なお話ありがとうございました。

今の名須川委員の質問と関連しますが、私の周りにも不妊治療を5年あるいは6年継続しても妊娠することができず、金銭的に厳しいと諦めてしまった人が何人もいて、子供を持ちたくても持てないことを本当に残念に思っています。まず一つ目は体外受精1回あたり40万円から50万円の治療費は医療や医療機器の進化により、下がることは今後医学の世界であり得るのかどうか。2点目は先ほどの質問にもありましたが、患者にとって経済的な負担が非常に大きい中で、どのような政治側の支援が効果的だと思うのかお伺いします。

もう一点が、基本的には人工授精と体外受精は県内の施設でもできるとのことでしたが、不妊治療をしている機関は岩手医科大学のほかはこの病院か、また現在不妊治療を希望される方々が待機することなく、相談や受診できているのか、現状をお知らせください。

○尾上洋樹参考人 最初の御質問の費用が安くなるかについては、医療技術が進むと妊娠率が上がり、治療の回数が少ない段階で妊娠できれば最終的に患者の負担が減ることはあるかもしれませんが、いろいろな技術により新しい自費による検査ができることになり、そういう意味では患者の負担がふえる可能性もあります。そして政府側の支援については、患者の費用面の負担を軽くすることが効果的であると思います。また、これは岩手県特有であると思いますが、体外受精は盛岡市にしか行える病院がないため、通院が大きな負担となっています。例えば宮古市の方が2週間に4回の通院が必要である場合、国道106号線を自家用車で往復することとなり、経済的にも心身にも大きな負担となっていることから、何らかの補助が必要であると思います。

また、通院されている方のうち約8割の方は仕事を持っている方です。職場の人数が限られて仕事が休めない、あるいは休みづらい、そもそも言い出しにくいということをよく聞きます。シフト制勤務の方は、体の負担は強くなりますが、夜勤明けなどに受診してから帰るという方もいます。やはり日勤でフルタイムで働いている方は通院しづらく、体外受精するときの説明も、治療や具体的な医学的説明が半分、もう半分は日程調整に使ったりしますので、非常に難しいテーマではありますが、通院しやすい職場環境をつくっていただければと思います。

最後の質問についてですが、当院の予約は約1カ月待ちです。受診後はなるべく早く検査し、ほかのクリニックで一般的な治療や検査が済んでいれば、すぐに体外受精も可能です。

○岩崎友一委員 菅総理は不妊治療に関しては助成金や、公的保険適用についてかなり前向きに考えているようです。指定医療機関が岩手県は2件しかなく、佐賀県と同様全国最下位であることから、助成金が出ることにより、では1回やってみようという人がふえた場合に先生の考え方として、対応できるのでしょうか。

○尾上洋樹参考人 助成金により大幅に受診者数がふえることはないと思っています。盛岡駅前にあるクリニックには私の元上司がおり、連絡をとり合うなかで感じていることは、

例えば今の受診者が倍以上ふえたら追いつけないかもしれませんが、多少受診者数がふえたとしても、予約に数カ月待つような状況にはならないということです。

ただ、施設をふやすのは、難しいと思います。産婦人科医が少ないこともありますが、培養士という技術者も体外受精には大事な存在であります。しかし、培養士を何人も急に育てるのは現状としては難しいと思いますので、例えば沿岸に施設を造るのは厳しいと思います。設備に体外受精の器械や培養士などの人員をそろえることは、県立病院であっても難しいと思います。ただ、この培養をしなければ、今の2施設でも体外受精に関しては対応できると思います。

○岩崎友一委員 ありがとうございます。県民にアンケートをとった場合、地域医療が一番の関心事だと私は思っており、医師不足と言われている中でも特に産科医、小児科医はかなり少ないと思います。大きな視点になりますが、出産のリスクや訴訟などを考えたときに、金銭的に合わない、やっつけられないという声を聞きますが、産科医がふえないと県内の産科医療の偏在は解消されないと思いますので、基本的にどうしたら産科医をふやせるのか、育てていけるのかということを先生のお立場からお聞かせください。

○尾上洋樹参考人 話がだんだん大きくなってきて、私が言っているいいことかわかりませんが、勤務している一医師としては、例えば待遇改善などが挙げられると思いますが、私は大学病院勤務で、若い医師を育成する立場にあることから、待遇だけではないと示したいのですが、難しいです。県外の医師を岩手県に呼ぶのではなく、岩手県で若い医師を育成するには、大学病院に勤務し、育成する立場の我々が魅力を伝えていかなくてはいけないのではないかと思います。また、実際の職務上、深夜に呼び出されることもあり、夜勤あるいは当直の翌日は休めるぐらい医師の数がふえればいいと思いますが、現状はそれが難しいです。

○吉田敬子委員 きょうはありがとうございました。先ほどの岩崎委員の質問と関連しますが、人材などの今後の状況をお伺いします。不妊治療では、専門性が必要であると認識しておりますが、例えば先生御自身は女性の不妊治療が専門でありながら、男性のほうも治療なさっているのでしょうか。それが例えば妊育性の温存治療や不育症なども、不妊治療に公的保険が適用されるにあたって検討されていますが、治療を行うことができる培養士を含めた技術者の現状についてももう少し詳しくお聞かせください。

○尾上洋樹参考人 確かに産婦人科医の中でも特化した分野で、生殖医療と表現しましたが、私が現在行っているのは女性側の不妊治療が主で、男性側の特殊な治療、例えば精索静脈瘤という疾患があり、それを治療すれば精子の数がふえたり運動率がよくなるという疾患があると、泌尿器科の先生に治療を依頼します。

ただ、泌尿器科のなかで男性不妊を専門とする医師は、産婦人科医で不妊治療を専門とする医師よりも少なく、日本に約50人しかおらず、非常に少ないです。生殖医療専門医という制度があり、私もこれからなろうとしているぐらいなのですが、女性側の産婦人科の生殖医療専門医は数百人いますが、男性側に関しては泌尿器科の先生とタッグを組んで治

療していくことが必要かと思えます。ただ、男性側は専門的な治療をしなくても、精子があれば、体外受精や顕微授精ができてしまいます。本当は男性不妊の専門の医師が積極的に介入していき治療していくと、もっとレベルの高い治療ができるようになると思えますが、現状としてはできていません。

○吉田敬子委員 ありがとうございます。先ほど体外受精をする数は横ばいになるとのお考えで、例えば公的保険の適用が進むと、先ほど岩崎委員との質疑では現在診療が可能な先生方で対応は可能であるが、指定医療機関が岩手県内に2カ所しかなく、医療機関より医師をふやすことに対して岩手県として支援が必要だと思いました。そして私の周りでも体外受精を経済的な理由でやめる方が多く、補助金が適用になれば治療の継続をする方がふえることが考えられます。また治療には年齢的な問題があることから、迅速な対応が求められます。生殖医療専門医が少ない状況下でも、対応していけるよう、岩手県として取り組んでいきたいと思いました。

それでは、相談センターについてお聞きします。現在相談数は減っている状況は、新型コロナウイルス感染症の影響があるのか不明ですが、二、三年前、私の知人が電話相談を利用しようとした際、電話相談を実施している火曜日と水曜日に、勤務の都合をつけて電話をしたところ、今対応できないのもう1回かけ直してほしいという対応が数回あったと聞きました。それは委託先の岩手県からの聞き取りなどから、電話相談の担当者が別の方の相談の対応中などで、現場は大変なのではないかと感じました。相談日をふやすのも難しいでしょうし、さきほど先生が何とか対応できるように、リモートでの面談やメールでの相談をしていければという話がありました。岩手県の委託事業であることから、岩手県としての対応についてお伺いします。

○尾上洋樹参考人 現状は、いわゆる国家資格でいう臨床検査技師で不妊カウンセラーの資格を持っている職員が1人専属でおります。他の業務がないとは言いませんが、相談を受け付けている時間帯はなるべく専属でいられるよう用意をしております。以前は吉田敬子委員がおっしゃったような状況もあったかとは思いますが、我々医師はその相談事業に直接関わるのではなくサポート側に回っております。不妊カウンセラーが困ったら相談を受けたり、場合によっては直接相談センターに出向いたりすることもあります。相談を受け付けている時間帯は我々の診療する時間帯でもありますので、直接携わることができていないのが現状です。我々の目線の話になりますが、患者からの相談について医師側で聞くこともあるので、不妊カウンセラーの資格を持つ看護師がふえると、我々医師は外来で医学的な相談に乗り、それ以外のことは看護師等をお願いできるのではないかと思います。先ほど患者が今後大幅にふえることはないので、今より多い患者数になっても我々が対応するとお話ししましたが、そういった場面でも楽になると考えられます。よって、医師だけではなく看護師など医療にかかわる技術者は全て少ないので、資格取得にかかわる助成があればいいと思えます。

○菅野ひろのり委員 きょうはありがとうございました。妊娠率が2割から3割、流産率

も4割で、精神的にも経済的にも大きな負担であることを改めて実感させていただきました。

その中で現場に即した質問になると思いますが、御夫婦一組当たり、治療に個人差があると思いますが、期間や回数および費用についての一般的な現状を教えてくださいと思います。

○尾上洋樹参考人 年齢別などの詳細なデータは手元にありませんのでおおよその数字ですが、20代後半の方だと1回の採卵で妊娠する方が多いため、先ほど提示した金額での妊娠が可能です。例えば40代の方であれば、五、六回とか採卵している方もいらっしゃるため、その場合1年で数百万円お支払いいただくことになります。助成金については、経済的負担が大きい方に対し助成できればいいと思いますが、正直なところ、年齢によって治療回数も金額もどんどんふえ、かつ妊娠しても流産する確率が上がるというジレンマがあります。

○菅野ひろのり委員 ありがとうございます。私も30代後半の方や同世代の方と話す中で、不妊治療にかかる金額や年齢などの理由により、治療の終わりについて言及するのはとても難しいと感じています。例えば頑張ろうとか、助成がもっとあったらいいのには言えますが、これ以上治療を重ねても妊娠することは難しいということを先生の立場ではどのように判断するのか、あるいは終わりを告げることがあるのかお伺いします。

○尾上洋樹参考人 治療回数の制限というのは特に設けておりません。希望すれば治療を継続していますが、ただ利益のための治療ではないので、例えば43歳以上の方が治療を希望されている場合、同年代の方の妊娠率は5%以下であることから、あらかじめ治療を始めるにあたり、数回治療しても妊娠しない場合、人工授精やタイミング法にステップダウンした治療の継続を提案することはあります。閉経した方に対しては治療の終了を告げることができますが、閉経していない方は妊娠率がゼロ%ではないので、患者が希望した場合は、治療を継続することになります。やんわりと妊娠に関する客観的なデータを示して、妊娠率の低さを提示したりはしますが、当院において治療の回数制限は設けていません。

○菅野ひろのり委員 最後に、妊娠に関する教育についてお伺いします。私も男性であるから思うのですが、男性は自分が結婚してからでないとい子供を持つことに対し実感がなく、妊娠に関する知識が足りないことに気づかない場合が多いのではないかと思います。先生も最後のまとめの中でそういう教育は重要だとおっしゃっていて、私も本当に必要であると思いますが、どのようなタイミングで、特に男性はそういう教育を受ける環境をつくるべきか、具体的なイメージがあれば御示唆ください。

○尾上洋樹参考人 ありがとうございます。私も20代では妊娠や出産についてあまり考えていませんでした。もしかしたら、そういう教育をしてこなかった結果、妊娠しやすさに関する項目の正解率が日本は突出して低いという客観的なデータが出てきているのかもしれない。日本人は性教育に対して少しナイーブで、苦手としていると思いますが、小学校高学年や中学生ぐらいから男性側も教育するほうがいいと思っています。具体的な方

策については何も思い浮かんでおりません。

○ハクセル美穂子委員 先生ありがとうございました。今不妊治療を受けている方のピークが40歳であることから、教育の分野において早い時点で適齢期や男性の持つ役割などを教えるべきだと先生の御説明の中でもあり、また先ほど菅野ひろのり委員もおっしゃっていたのですが、それは今40代で不妊治療を受けている方が5歳前の30代に治療をすれば妊娠する確率が高かったと実際に治療しているなかで感じているからの御意見なのか、お考えをお聞かせください。

○尾上洋樹参考人 日々外来診療をしていて、この方が5年若ければと、ご本人には言いませんが、そう思うことは多々あります。最近では少なくなってきましたが、例えば結婚して10年妊娠しなかった御夫婦がいらっしゃったときなど、もっと早く来てくれればよかったのにと思いました。現実として、不妊治療の技術などは発達していますが、データをみると、若い人の妊娠率は高く、30代半ばから妊娠率が下がることは明らかです。よって、もう少し早く治療を開始するためにも、小学校高学年や中学生からの性教育に妊娠のしやすさに関する項目が含まれていればいいと思います。

○ハクセル美穂子委員 先生の御意見を聞いて、性教育は重要だと感じました。私の子供は4人とも男の子で、長男が中学生です。我が家の女性は母親である私1人しかいないので、女性の現状は私が言わないとわからないと思いますし、家族をつくるパートナーになる人との関係なので、早いうちからしっかりと教えないといけないと思いがらきょうのお話を聞いていました。また、女性にとっても妊娠に関する正しい知識が普及され、例えば不妊治療のために1カ月休めるような職場環境になるようにしていかなければならないと感じました。

最後に、相談センターにおいて養子縁組や里親制度についてもお答えしているとのことでしたが、誕生したカップルのうち1割は妊娠されないというデータがありました。そして、不妊治療に来られた中でも妊娠できない方がいるとのことでしたが、そういった方々に情報を発信する機会がなく、そこで養子縁組や里親制度についても伝える必要があると感じております。そういった相談のウェブ化などをお考えになっているとのことでしたが、そのお考えを最後に教えてください。

○尾上洋樹参考人 我々も養子縁組や里親制度について詳しくあるべき立場ですが、いわゆるインターネットで一般の方でも入手できる制度やNPO法人の知識しかありません。そういった制度に関する相談数は多くありませんので、我々がもっと詳しくなって提案もしたいと考えています。ただ提案のしどころは難しく、自分で妊娠し出産したいと考えているカップルが多く、養子縁組や里親制度について聞かれたときに言うのが現状です。

今の御質問とはズれるかもしれませんが、先ほど年齢が若い方の妊娠率は高いと言いましたが、例えば卵子の数が少ないことが検査により判明した場合のように要因がわかり、体外受精であれば妊娠の可能性が高まるとしても、体外受精にかかる治療費の支払いが収入面により難しい方もいます。若くても医学的に体外受精が必要だという方もいて、若い

方には助成金をより多く出すには医学的に必要な治療であることを証明しなくてはならず、それは非常に難しいことではありますが、実現できればいいと思います。少し話がずれてしまいました。

○白澤勉委員長 ほかにありませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○白澤勉委員長 ほかにないようですので、本日の調査はこれをもって終了いたします。

尾上様、本日はお忙しいところ、不妊治療と生殖医療の本県の現状や貴学に設置している不妊相談センターの取り組みなどについて御丁寧にお話しいただき、誠にありがとうございました。皆様、感謝の意を込めまして、拍手で先生に敬意を表したいと思います。

委員の皆様には、次回の委員会運営等について御相談がありますので、しばしお残りいただきたいと思います。

○尾上洋樹参考人 ありがとうございました。

○白澤勉委員長 次に、1月26日から28日に予定されております当委員会の県外調査についてであります。昨今の新型コロナウイルス感染症拡大の状況を踏まえ、中止とすることとしたいと思いますが、これに御異議ございませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○白澤勉委員長 異議なしと認めます。よって、当委員会の県外調査は中止とすることといたしました。

次に、4月に予定されております当委員会の調査事項についてであります。御意見等がありますか。

〔「一任」と呼ぶ者あり〕

○白澤勉委員長 特に御意見等がなければ、当職に御一任願いたいと思いますが、これに御異議ありませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○白澤勉委員長 御異議なしと認め、さよう決定いたしました。

以上をもって本日の日程は全部終了いたしました。

本日はこれをもって散会いたします。